CĂUTAREA INFORMAŢIEI

O. Sgarbură[1], B.O. Popescu[1], O. Băjenaru[2]
[1]Catedra de Psihologie Medicală şi Psihosomatică, UMF Carol Davila, Bucureşti
[2]Catedra de Neurologie S.U.U.B, Facultatea de Medicină, UMF Carol Davila, Bucureşti

REZUMAT

Căutarea informaţiei medicale adecvate este unul dintre paşii cei mai importanţi în practica medicinei bazate pe dovezi (MBD). Procesul se bazează pe modelul P.I.C.O. (Pacient/Problemă, Intervenţie, Comparaţie, Outcome/Rezultat). În funcţie de cuvintele cheie din cadrul fiecărei categorii a PICO, medicul poate descoperi informaţia cea mai valoroasă pentru el în bazele de date cu articole de cercetare, în bazele de date cu rezumate critice sau în cele cu review-uri sistematice. În această lucrare sunt prezentate câteva principii şi exemple pentru căutarea informaţiei medicale şi pentru realizarea de rezumate critice
Cuvinte cheie: Medicină bazată pe dovezi; PICO; rezumate critice; căutarea informaţiei

ABSTRACT

The search for adequate medical information is one of the main steps in the practice of evidence-based medicine. The entire process is based on the P.I.C.O model (Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome). Depending on the key-words corresponding to each cathegory of the P.I.C.O model, the physician may discover the most valuable information for his/her case in databases with original articles, with critically appraised topics (CATs) or with systematic reviews. Several principles and examples for the search of medical information and for the writing of CATs are discussed in this paper.
Key words: Evidence-based medicine; PICO; critically appraised topics; search for information

Jurnalul Academic Medicine a publicat în 2005 punctul de vedere al unui tânăr specialist privind căutarea şi înţelegerea informaţiei medicale. Shetal I. Shah, neonatolog la unitatea de terapie intensivă din New York University Medical Center, şi-a întemeiat articolul pe o comparaţie cu viaţa de zi cu zi: aşa cum suntem tentaţi să căutăm autenticul în viaţa noastră socială, la fel trebuie să procedăm şi în ştiinţă. El a mers mai departe şi a explicat cum parcurge aproape săptămânal 300 km pentru a mânca plăcinte şi clătite autentice, de ţară, în restaurantul unei gospodine pe nume Ann, situat într-un sat la 150 km depărtare de New York. Asemeni lui, foarte mulţi oameni depun în viaţă un efort considerabil pentru a realiza lucruri care le plac şi pentru a căuta, pur şi simplu, experienţe autentice. Când vine vorba despre practica medicală, problema devine serioasă. Miza este viaţa şi sănătatea pacienţilor, aşadar căutarea adevărului şi a autenticităţii ar trebui realizată în mod sistematic.

ALGORITMUL DE CĂUTARE

Propunerile aduse de Medicina Bazată pe Dovezi (MBD) în practica medicală şi algoritmul de informare medicală, în mod special, au stârnit controverse şi au împărţit medicii în două mari categorii: medicii tradiţionalişti şi medicii MBD. Într-un review publicat în 2000, Benjamin Djulbegovic şi colaboratorii săi au expus în paralel punctele de vedere ale celor două grupuri de medici asupra principiilor medicinei bazate pe dovezi. O sinteză a celor două tipuri de poziţii abordate se găseşte în tabelul 1.

În concluzie, se poate spune că, deşi medicina a progresat de-a lungul istoriei fără a avea la dispoziţie MBD, progresul din ultimii ani, după introducerea MBD, a fost cu totul remarcabil. În această situaţie, nu are rost să continuăm să folosim vechile metode ştiinţifice, când astăzi ne stau la îndemână metode moderne şi eficiente. Este adevărat că deprinderea MBD de către medicii deja formaţi poate fi mai dificilă, dar efortul merită realizat deoarece este în beneficiul pacientului. Căutarea informaţiei medicale în vederea rezolvării unor situaţii din practică presupune urmarea unui model numit P.I.C.O. (Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome). Medicul poate schiţa un tabel similar celui de mai jos (tabelul 2) în care să treacă la rubrica potrivită termenii cheie care l-ar putea ajuta să rezolve situaţia cu care se confruntă.

Exemplu

O pacientă cu scleroză multiplă recurent remisivă, în vârstă de 24 de ani, cu istoric de 4 pusee în cadrul afecţiunii, nefumătoare, cu EDSS = 0 în prezent, se adresează neurologului pentru a o sfătui ce metodă contraceptivă să aleagă. Pacienta a recurs intermitent până acum la contraceptive orale, arătându-şi o preferinţă clară pentru această metodă, dar neştiind dacă are vreun impact asupra bolii de care suferă.

Strategia de căutare presupune o serie de paşi ilustraţi în figura 1. În cazul în care resursele de primă intenţie nu oferă suficientă informaţie sau nu se suprapun întrebărilor pe care medicul şi le-a formulat în momentul în care a început căutarea, se trece la resursele de pe locul II în topul preferinţelor bibliografice.

Tabelul 1

Comparaţie a poziţiilor medicilor tradiţionalişti şi ale medicilor MBD în ceea ce priveşte principiile MBD

Subiect	Medicii tradiţionalişti	Medicii MBD
Cunoştinţele personale ale medicului vs. cunoştinţele obţinute din trialuri clinice	De secole, experienţa personală a medicilor şi interpretarea ei a dus la progresul medicinei. Nesiguranţa face parte din medicină şi nimeni nu poate fi absolut sigur că a interpretat corect propria sa experienţă sau rezultatele studiilor.	Problema experienţei personale este că „poate fi o repetare a aceloraşi greşeli“ (Abraham, 1941). Chiar experţii cu experienţă sunt mai înclinaţi să interpreteze subiectiv rezultatele ştiinţifice decât non-experţii antrenaţi în tehnica lecturii critice. Rolul ştiinţei este să reducă incertitudinea, dacă nu o poate elimina complet.
Dovezile privind ierarhizarea studiilor	Principiile MBD nu au fost demonstrate temeinic. Schimbările majore din medicină s-au realizat fără să aibă la bază studii randomizate apreciate de MBD (ex. introducerea penicilinei în practică).	Mai multe lucrări au arătat că, de multe ori, rezultatele studiilor randomizate (preferate de MBD) nu au coincis cu cele ale studiilor nerandomizate şi adevărul ştiinţific a fost de partea primei categorii.
Populaţie vs. Individ: aplicarea datelor obţinute pentru pacientul „mediu“ la pacientul „individual“	Tratamentele se stabilesc,în MBD, prin trialuri randomizate. Asta înseamnă că rezultatele se vor aplica numai pacienţilor similari celor din studiu. Cum aceştia au fost incluşi în studiu pe baza unor criterii foarte stricte, înseamnă că foarte puţini pacienţi pot beneficia de rezultatele studiului	Introducerea studiilor randomizate a produs o dezvoltare terapeutică extraordinară şi a condus la creşterea speranţei de viaţă cu 3-7 ani. Este mai etic ca un pacient să fie încadrat de şansă într-un anumit grup decât pe baza opiniei subiective a medicului.
Integrarea dovezilor în luarea deciziilor medicale	Deşi MBD oferă măsurători numerice ale eficacităţii tratamentelor, este neclar care este graniţa de punere în practică. Nu se ştie dacă este preferabil să fie ales tratamentul cel mai eficace sau cel mai puţin dăunător. Nu se cunoaşte nici beneficiul minim terapeutic care merită introdus în practică.	Decizia medicală trebuie să se bazeze pe date. Cu cât calitatea datelor este mai bună, cu atât mai bună va fi decizia medicului. Aplicarea în practică a măsurătorilor oferite de MBD presupune modele de decizie clinică ce ţin cont de efectele concrete ale diferitelor moduri de a acţiona.

Tabelul 2

Cele 4 domenii majore de definire a problemei clinice cu care se confruntă medicul (după Badenoch et al. şi Sackett et al.)

Pacient/ Problemă	Intervenţie	Comparaţie	Rezultat
Descrierea unui grup de pacienţi similar celui care pune probleme	Descrierea intervenţiei care îl preocupă pe medic	Descrierea alternativei principale la intervenţia menţionată	Descrierea rezultatului scontat a efectului pe care medicul speră să îl obţină la pacient

Tabelul 3

Modelul PICO aplicat pe un caz clinic

Pacient/ Problemă	Intervenţie	Comparaţie	Rezultat
Femei tinere, la vârsta fertilă, care suferă de scleroză multiplă şi care doresc să folosească o metodă contraceptivă	Alegerea metodei contraceptive celei mai convenabile pentru pacientă, cu condiţia de a nu-i agrava evoluţia afecţiunii	Metode contraceptive alternative (diafragmă, sterilet etc.)	Având în vedere că toate studiile de până acum au concluzionat că anticoncepţionalele orale nu influenţează evoluţia sclerozei multiple (Dwosh et al, 2003, Combes et al, 2002), medicul decide că pacienta poate folosi această metodă. În egală măsură îi atrage atenţia asupra posibilelor efecte adverse, în special asupra trombozei venoase profunde.

Ierarhizarea preferinţelor corespunde celei menţionate în numărul anterior şi se pleacă de la premisa că, în astfel de situaţii, medicul nu trebuie să recurgă la manualul de medicină, ci la cele mai noi şi solide dovezi de cercetare.

Sursele bibliografice recomandabile care îi stau medicului la dispoziţie sunt, de cele mai multe ori, electronice. Dacă ţinem cont de ierarhizarea surselor de informaţie în funcţie de noutate şi calitate, aşa cum a fost ea prezentată în Medicina bazată pe dovezi: o introducere, Revista de Neurologie, 2005, nr. 3, putem opta pentru una dintre următoarele surse:

1. *Biblioteca Cochrane* – conţine review-uri sistematice (systematic reviews) ale literaturii, de înaltă calitate, care acoperă complet un subiect. Dezavantajele constau în numărul încă limitat de teme care beneficiază de review-uri sistematice precum şi în utilizarea dificilă a interfeţei de căutare.
2. *Best evidence* – conţine rezumate critice ale articolelor filtrate din punctul de vedere al relevanţei clinice. Are două dezavantaje: baza de date trebuie accesată pe CD-Rom, iar acoperirea diverselor teme este limitată.
3. CAT (Critically Apraised Topics) – conţine rezumate critice pentru diverse probleme clinice. Rezumatele pot fi căutate pe internet la http://cebm.jr2.ox.ac.uk sau pot aparţine chiar medicului care caută o soluţie.

   CAT-urile sunt o modalitate de a lectura articolele ştiinţifice şi de a concluziona cu ajutorul gândirii critice valoarea lor pe care foarte mulţi medici o folosesc astăzi. Dezavantajele sunt date de faptul că fiecare CAT conţine rezumatul unui singur articol, nu există un control al calităţii CAT-urilor şi inventarierea tuturor CAT-urilor pe subiectul de interes poate dura foarte mult.

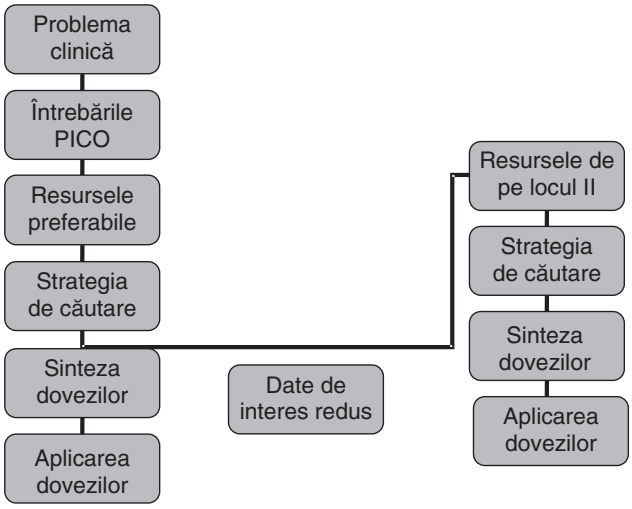

Figura 1
Strategia generală de căutare a informaţiei medicale pentru un anumit subiect (după Sackett et al.)

4. Bazele de date bibliografice (Medline, Cinahl, Embase etc.) – conţin articole de cercetare originale, la zi, dar care nu sunt filtrate din punctul de vedere al calităţii.

ALEGEREA UNEI BAZEI DE DATE

În momentul în care medicul are un caz clinic pe care doreşte să îl rezolve, el trebuie să conştientizeze faptul că, pentru a găsi informaţia potrivită, trebuie să caute în locul potrivit. Bazele de date cu materiale medicale au specific diferit. Ele conţin elemente bibliografice însoţite, de obicei, de rezumate. Elementele bibliografice pot fi articole originale de cercetare, prezentări de caz, review-uri, puncte de vedere, prezentări şi critică de carte medicală şi, respectiv, serii de articole. În ceea ce priveşte literatura medicală există patru baze de date la care se poate apela (după Badenoch et al, 2005):

- CINAHL – conţine resurse pentru educaţia sanitară, medicina muncii, fizioterapie, nursing şi servicii sociale.
- MEDLINE – este baza de date americană care acoperă toate aspectele medicinei clinice, ştiinţelor biologice, educaţiei şi tehnologiei medicale precum şi ale ştiinţelor sociale şi de informare din sănătate. Când jurnalul este indexat MEDLINE, rezumatul articolelor publicate în jurnal apare în această bază de date.
  Printre condiţiile indexării unui jurnal, se numără apariţia sa cu regularitate, o anume calitate ştiinţifică a articolelor, sistem de publicare peer-review şi existenţa unui titlu şi rezumat în engleză pentru fiecare articol publicat.
- EMBASE – este echivalentul european al MEDLINE şi pune accentul pe medicamente şi farmacologie. În Europa, există o serie de jurnale care sunt indexate în Embase dar nu îndeplinesc toate condiţiile pentru a fi indexate pe Medline.
- PsychLIT – conţine resurse de psihologie, psihiatrie, discipline înrudite dar şi de lingvistică, sociologie şi educaţie.

Baza de date MEDLINE se găseşte gratuit pe internet la www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed, găzduită de Biblioteca Naţională de Medicină a Statelor Unite ale Americii. În spaţiul dedicat căutării online, medicul poate tasta numele unui autor (nume de familie şi iniţiale, de exemplu Braak H sau Ionescu AT) sau un cuvânt cheie care îl interesează după care trebuie să apese tasta GO. Pentru a creşte sensibilitatea, respectiv specificitatea căutării există câteva sintaxe care pot fi folosite. Acestea sunt:

- ***Sintaxe de tip boolean:*** AND, OR şi NOT. Pentru AND, articolele selecţionate vor include ambii termeni tastaţi. Pentru OR, articolele vor include fie unul dintre termeni, fie celălalt. Pentru NOT, vor fi excluse articolele care conţin termenul ce urmează sintaxei NOT.

Ex: „Headache" generează 36300 de rezultate dintre care 4676 de review-uri (toate articolele în care se face referire la acest subiect), „Headache AND Fabry" generează 6 rezultate şi 1 review (numai articolele care fac referire şi la cefalee cât şi la boala Fabry, putem alege această căutare dacă ne interesează dacă pacienţii cu boală Fabry prezintă cefalee), „Headache OR Migraine" generează 46588 de rezultate din care 6236 de review-uri (articolele care fac referire fie la cefalee, în general, fie numai la migrenă, puteme alege această căutare dacă ne interesează să obţinem cât mai multe articole despre diferite tipuri de cefalee), „Headache NOT Migraine" generează 29388 de rezultate dintre care 3359 de review-uri (articole care se referă la cefalee, dar nu au printre cuvintele cheie migrena, putem alege această căutare dacă ne interesează alte tipuri de cefalee decât migrena).

- ***Truncarea:*** se indică rădăcina cuvântului şi, printr-un asterix, faptul că orice terminaţie este posibilă. Este utilă atunci când nu cunoaştem exact cuvântul, dar cunoaştem rădăcina sau etimologia sa sau când dorim să lărgim baza de articole obţinute.

*Ex. cephal** generează 56723 rezultate ce fac referire la cephalalgia, cephalic, cephalosporine, cephalometric etc.

- **Wildcard-ul:** atunci când un cuvânt are mai multe scrieri posibile se foloseşte semnul întrebării în locul unuia dintre caractere

Ex. randomization generează rezultatele care conţin randomisation şi randomization.

- **Sintaxa de proximitate:** NEAR. Se foloseşte atunci când dorim în text ca cele două cuvinte să fie alăturate. Spre exemplu, Cushing NEAR disease spre deosebire de Cushing NEAR syndrome. Cele două grupări generează rezultate privind entităţi etiopatologice diferite.

- **Limitarea:** se face optând pentru o căutare avansată prin apăsarea pe linkul Limits. Se poate limita amploarea căutării în vederea generării de rezultate specifice într-unul din domeniile: tip de publicaţie, an, limbă, caracteristici ale studiului.
- **Articole asemănătoare:** dacă unul dintre rezultatele celei dintâi căutări este extrem de potrivit pentru ceea ce medicul caută, apăsând link-ul Related Articles se pot obţine mai multe resurse de acelaşi tip.

SURSE SECUNDARE

Sursele secundare sunt informaţiile care provin din recenzia unor articole ştiinţifice, nu din datele efective de cercetare. Deşi se numesc secundare, astfel de resurse se pot dovedi mai valoroase decât articolele ştiinţifice iniţiale pentru că sintetizează şi pun la dispoziţia medicului atât ideile principale din conţinutul articolelor cât şi o evaluare critică a valorii ştiinţifice a articolului respectiv.

CATs (Critically Appraised Topics) sunt rezumate de o pagină ale unor articole ştiinţifice. Ele reprezintă un model de sinteză ştiinţifică destinat nu numai experţilor în MBD ci şi majorităţii medicilor. Foarte mulţi medici educaţi în spiritul MBD realizează astfel de rezumate pentru ei înşişi, pentru uzul personal, dar le fac disponibile pe internet şi pentru alţi medici interesaţi de articolele respective. În orice caz, provenienţa acestor CAT-uri contează: atunci când provin de la persoane neavizate, există o serie de erori care se pot strecura atât în înţelegerea şi interpretarea articolului cât şi în judecata critică asupra validităţii datelor.

Beneficiile CAT sunt următoarele (după Badenoch et al, 2005):

1. sunt scurte şi uşor de citit
2. realizarea de CAT-uri dezvoltă cunoştinţele de MBD ale medicului
3. sunt bazate pe pacient şi deci utile în practica medicală
4. medicul poate să-şi facă propria bibliotecă de CAT-uri care să-i răspundă la cele mai frecvente întrebări
5. pot fi interschimbate între medici.

Eventualele neajunsuri ale CAT-urilor sunt următoarele, după aceiaşi autori:

1. reprezintă rezumatul critic al unui singur articol şi nu sunt un review sistematic al mai multor articole
2. concluziile pot fi greşite
3. pot deveni nefolositoare în cazul în care se publică noi articole pentru acelaşi subiect.

Este recomandabil pentru orice medic să îşi continue educaţia medicală folosind astfel de modele. În acest fel, dacă citeşte cu regularitate noutăţile din domeniul său profesional, va putea realiza astfel de fişe pentru fiecare articol citit şi le va aranja pe categorii astfel încât va putea apela la informaţia ştiinţifică fără a fi nevoit să citească articolele întregi. O singură pagină va fi de ajuns pentru a-şi reactualiza concluziile unor studii şi pentru a-şi reaminti propriul său verdict la studiul respectiv.

O astfel de organizare a educaţiei medicale continue este utilă şi pentru rezidenţi în cadrul a ceea ce şcolile americane de medicină numesc „evidence-based clinical practice education (EBCPE)“ (în traducere, educaţie pentru o practică clinică bazată pe dovezi). Bart Demaerschalk din Mayo Clinic a explicat într-un articol din 2004 utilitatea acestei metode în cadrul Serviciului de Boli Cardiovasculare şi Terapie Intensivă Neurologică.

Autorităţile din Statele Unite ale Americii (ACGME) au stabilit un set de şase competenţe pe care rezidentul trebuie să şi le însuşească în vederea obţinerii titlului de medic specialist: îngrijirea pacientului, cunoştinţe medicale, învăţare bazată pe practică, abilităţi interpersonale şi de comunicare, profesionalism şi o practică bazată pe valorile sistemului de sănătate în care este realizată. După Demaerschalk, EBCP oferă cel puţin două competenţe: aceea a învăţării bazate pe practică şi aceea a practicii bazate pe însuşirile sistemului medical.

Review-urile sistematice din Cochrane Library sunt o altă sursă secundară de informaţie medicală. Există peste 1000 de astfel de review-uri, iar un bun review trebuie să analizeze toate cercetările de calitate publicate în jurul unei anumite probleme. Totuşi există mai multe dezavantaje ale acestei surse:

1. există posibilitatea ca un review sistematic pe tema dorită de medicul care caută informaţie să nu fi fost realizat
2. interpretarea informaţiilor dintr-un astfel de review poate să consume timp în mod nejustificat
3. pot exista studii recente, de calitate care nu au fost incluse în review deoarece review-urile sunt actualizate numai la anumite perioade de timp (cel mai frecvent, 1 an)

Jurnalele de informaţii secundare publică articole care rezumă cele mai bune şi mai folositoare în clinică studii recente. Astfel de jurnale sunt ACP Journal Club şi Evidence-Based Medicine. Pot fi citite cu uşurinţă, sunt destul de uşor inteligibile şi nu consumă la fel de mult timp precum review-urile din Cochrane Library. Pentru a putea transmite o imagine mai exactă asupra acestor jurnale, redăm câteva date statistice despre unul dintre ele:

- *ACP Journal Club:* ACP reprezintă abrevierea de la American College of Physicians, jurnalul prezintă sinopsisuri cu informaţii de medicină internă, a apărut în 1991 şi de atunci se menţine în topul jurnalelor de acest tip, se bazează pe articolele din peste 200 de jurnale indexate iar între 1994-1998 20% dintre articolele recenzate proveneau din New England Journal of Medicine, 13% din JAMA, tot

13% din The Lancet şi 8% din BMJ. Din domeniul neurologiei, se face cel mai frecvent referire la articolele din Stroke şi Neurology.

REALIZAREA UNEI CAT

Argumentele aduse de medicii MBD privind utilitatea CAT au fost numeroase şi repetate în diferite articole şi cărţi (Sackett et al, 1998, Sauve S. et al, 1998, Sackett et al, 2000, Demaerschalk B. et al, 2004, Badenoch et al, 2005). De aceea devine important pentru medicii MBD să poată realiza astfel de rezumate critice în timp ce pentru rezidenţi această competenţă devine obligatorie. Printre elementele componente ale unui CAT trebuie să se numere:

- *Titlul:* trebuie să conţină răspunsul la întrebarea clinică ce a stat la baza lecturării articolului. Trebuie redactată ca o afirmaţie şi este utilă în cazul în care medicul doreşte să revadă CAT-ul în vederea rezolvării unui caz.
- *Concluzia clinică:* conţine afirmaţia cititorului despre articolul lecturat. Înainte de a o formula, este preferabil ca medicul să se asigure asupra validităţii ei. Atunci când nu corespunde cu practica medicală, medicul trebuie să verifice dacă dovezile furnizate de studiu sunt suficient de convingătoare pentru a modifica ceva în exerciţiul profesional. În acest caz, dacă cititorul este convins de veridicitatea afirmaţiei, ar fi util să caute şi alte CAT-uri în domeniu, să ceară şi părerea altor medici şi să sugereze validarea concluziilor prin studii ulterioare. Această ultimă remarcă este utilă mai ales atunci când există puţine studii în domeniu, iar intervalurile de încredere sunt mari.
- *Întrebarea cu trei părţi:* este alcătuită, de obicei, din elementele P.I.C din algoritmul P.I.C.O. şi are rolul de a-i reaminti medicului motivul pentru care a realizat CAT-ul respectiv.
- *Termenii de căutare:* reprezintă, de fapt, cuvintele cheie utilizate atunci când studiul de referinţă a fost găsit. Ele pot servi la căutarea unor noi studii atunci când se ajunge la data de expirare a concluziilor.
- *Studiul:* aici trebuie incluse caracteristicile studiului la care se face referire. Astfel de elemente pot fi: tipul studiului, numărul de pacienţi, caracteristicile pacienţilor în urma aplicării criteriilor de includere şi de excludere, modalităţile de realizare a urmăririi pacienţilor, variabilele considerate. Datele menţionate în această secţiune trebuie să fie suficient de clare pentru a permite unui eventual cititor al CAT-ului să realizeze dacă studiul respectiv prezintă sau nu importanţă pentru el. Acest principiu este în mod special aplicabil celor care-şi publică pe net aceste rezumate critice precum şi celor care colaborează şi îşi împart munca în domeniu cu alţi colegi.
- *Rezultatele:* această secţiune trebuie să cuprindă un tabel care să rezume dovezile, inclusiv sub forma unor măsurători statistice (RR, OR, p-value etc).
- *Comentarii:* această parte include alte aspecte importante faţă de cele menţionate anterior. Acestea pot fi legate de dozele de medicamente, de efectele adverse, de implementarea noilor proceduri diagnostice, de realizarea unor programe similare de prevenţie sau de costurile implicate.
- *Citarea lucrării:* se face după rigorile bibliografice şi conţine, în ordine – numele autorului/autorilor, titlul lucrării, numele prescurtat al jurnalului, anul apariţiei, volumul şi, eventual, numărul, prima şi ultima pagină a lucrării.
- Data de realizare şi data de expirare: în această secţiune trebuie trecut numele medicului care a realizat CAT-ul, data realizării precum şi data la care medicul crede că vor fi disponibile noi dovezi pe această temă.

Resurse utile pentru CAT:

- Best BETs http://www.bestbets.org
- Center for Evidence Based Medicine http://www.cebm.net/cats.asp
- South Western Ontario Academic Health Science http://www.ahsn.lhsc.on.ca/cat

BIBLIOGRAFIE

1. http://www.acgme.org
2. http://www.clinicalevidence.com
3. http://www.cochrane.org
4. **Badenoch D, Heneghan C** – Evidence-based medicine toolkit. London, UK: BMJ Books, 2005.
5. **Băicuş** C – Medicina bazată pe dovezi. *Stetoscop*, 2004, 33-34, 25.
6. **Băicuş C** – Medicina bazată pe dovezi. *Stetoscop*, 2005, 35, 35.
7. **Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editors** – How people learn: brain, mind, experience, and school. Washington, DC: *National Academy Press*, 2000.
8. **Combes C, Redondo A, Rey A** – Contraception and Neurology. *Ann Med Interne*, 2002, 153, 363-367.
9. **Coomarasamy A, Khan KS** – What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? *BMJ*, 2004, 329, 1017-1021.
10. **Dwosh E, Guimond C, Sadovnick AD** – Reproductive Counselling for MS: a Rationale. *Int MS J*, 2003, 10, 52-59.
11. **Demaerschalk BM** – Evidence-based clinical practice education in cerebrovascular disease. *Stroke*, 2004, 35, 392-296.
12. **Djulbergovic B, Morris L, Lyman GH** – Evidentiary challenges to evidence-based medicine. *J Eval Clin Pract*, 2000, 6 (2), 99-109.
13. **Evidence-Based Medicine Working Group** – Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992, 268, 2420-2425.
14. **Green ML, Ruff TR** – Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence-based medicine. *Acad Med*, 2005, 80(2), 176-82.
15. **Guyatt GH, Rennie DR, editors** – Users' guide to medical literature: a manual for evidence-based practice. Chicago, IL: *AMA Press*, 2002.

CONTRACEPTIVELE ORALE ŞI SARCINA REDUC RISCUL DE SCLEROZĂ MULTIPLĂ

Concluzia clinică

Incidenţa sclerozei multiple este cu 40% mai scăzută la femeile care folosesc anticoncepţionale orale comparativ cu cele care nu folosesc această metodă contraceptivă. De asemenea, incidenţa sclerozei multiple scade nesemnificativ pe perioada sarcinii şi creşte semnificativ în primele 6 luni pospartum comparativ cu femeile care nu rămân însărcinate.

Întrebarea clinică (cu trei părţi):

Având în vedere faptul că scleroza multiplă este o boală autoimună şi că atât sarcina cât şi hormonii estrogeni influenţează imunitatea, există vreo corelaţie între consumul de estrogeni sau sarcină, pe de o parte, şi incidenţa sclerozei multiple, pe de altă parte?

Cuvinte cheie pentru căutare:

Estrogeni, contraceptive orale, sarcină, scleroză multiplă, incidenţă

Studiul

De tip caz-control (case-control study), realizat prin baza de date americană care include informaţii demografice, medicale, diagnosticele clinice şi tratamentele prescrise în practica clinică, înregistrarea făcându-se după o metodă standardizată (General Practice Research Database). Grupul de studiu: 106 femei cu vârsta sub 50 de ani, înregistrate în baza de date cu cel puţin 3 ani înainte de debutul afecţiunii şi 1001 femei pentru cazuri control, cu vârste nesemnificativ diferite şi date similare de intrare în baza de date.

Rezultate:

Relaţia dintre consumul de anticoncepţionale orale (AO) şi incidenţa sclerozei multiple (SM)			
Consumul de AO înregistrat cu 3 ani în urmă în baza de date	Cazuri de SM (n = 106)	Cazuri control (n = 1001)	Odds Ratio (OR) = Rata probabilităţii (95% interval de confidenţă)
Nu	50 (47,2)	396 (39,6)	1,0 (referinţa)
Da	56 (52,8)	605 (60,4)	0,6 (0,4-1,0)

Relaţia dintre sarcină şi incidenţa SM			
Relaţia cu sarcina	Cazuri de SM (n = 106)	Cazuri control (n = 1001)	Odds Ratio (OR) = Rata probabilităţii (95% interval de confidenţă)
Fără sarcină	83 (78,3)	784 (78,3)	1,0 (referinţa)
Mai mult de 6 luni de la naştere	12 (11,3)	133 (13,3)	0,8 (0,4-1,6)
Primele 6 luni de la naştere	9 (8,5)	32 (3,2)	2,9 (1,2-6,6)
În timpul sarcinii	2 (1,9)	52 (5,2)	0,3 (0,1-1,4)

Comentarii:

1. Studiul se referă numai la cazurile noi de SM (debutul afecţiunii) şi nu la incidenţa puseelor la pacientele deja diagnosticate cu SM.
2. Numărul cazurilor de femei însărcinate a fost redus, ceea ce poate explica lipsa semnificaţiei statistice, însă cu o tendinţă evidentă pentru reducerea incidenţei SM de către sarcină.
3. Având în vedere scenariul patogenic actual al SM şi datele privind reducerea imunităţii de către hormonii estrogeni şi, respectiv, sarcină, rezultatele studiului sunt cele aşteptate.

Citarea

Alonso A, Jick S.S, Olek M.J, Ascherio A, Jick H, Hernan M.A. Recent Use of Oral Contraceptives and the Risk of Multiple Sclerosis. Arch Neurol *2005*, **62**: 1362-1365.

Autor pentru corespondenţă: Alvaro Alonso, MD, PhD, Department of epidemiology, Harvard School of public Health, 677 Huntington Ave, Boston, MA 02115 (aalogut@alumni.unav.es).

Realizat de către: Dr. Bogdan O. Popescu, Catedra de Neurologie S.U.U.B, U.M.F. „Carol Davila", Bucureşti; 15 noiembrie 2005

Data de ştergere sau aducere la zi: 1 ianuarie 2007.

16. **Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS et al** – Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th edition, McGraw-Hill, Philadelphia, 2004.
17. **Maynard A** – Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet*, 1997, 349,126-128.
18. **Mitchell JB, Ballard DJ, Whisnant JP, Ammering CJ, Samsa GP, Matchar DB** – What role do neurologists play in determining the cost and outcomes of stroke patients? *Stroke*, 1996, 27, 1937-1943.
19. **Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, for the Evidence-Based Medicine Working Group** – Users' guides to the medical literature: I How to get started. *JAMA*, 1993, 270, 2093-2095.
20. **Pickering GW** – *BMJ*, 1956, 2, 113-116.
21. **Porzsolt F, Ohletz A, Thim A, Gardner D, Rualtti H, Meier H, Schlotz-Gordon N, Schrott L** – Evidence-based decision making – the six step approach. *Evid Based Med*, 2003, 8, 165-166.
22. **Richardson W S, Wilson M C, Nishikawa J, Hayward RSA** – The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions [editorial]. *ACP J Club*, 1995, 123, A12–13.
23. **Richardson WS** – Teaching evidence-based practice on foot. *Evid Based Med*, 2005, 10, 98-101.
24. **Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al** – Evidence-based medicine: what it is and what it isn't [editorial]. *BMJ*, 1996, 312, 71-72.
25. **Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB** – Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Toronto, Canada: Churchill Livingstone, 2000.
26. **Sauve S, Lee HN, Meade MO, Lang JD, Farkouh M, Cook DJ, Sackett DL** – The critically appraised topic: a practical approach to learning critical appraisal. *Ann Roy Soc Phys Surg Canada*, 1995, 28, 396-398.
27. **Sgarbură O, Popescu BO, Băjenaru O** – Medicina bazată pe dovezi – O introducere. *Revista Română de Neurologie*, 2005, 4, 128-133.
28. **Shah SI** – Pancakes and medical statistics. *Acad Med*, 2005, 80, 452-454.